

## Caracterización de los Síntomas Principales Presentados por los Pacientes al Ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez

### Characterization of the Main Symptoms Presented by Patients on Admission to the Palliative Care Unit Clinical Oncology Institute Arturo Lopez Pérez Foundation.

Moscoso, Yuri (1,3); Biancardi Stefano (2,4); Rico, Antonieta (1,5); Villagra, Paula (1,6)

#### Resumen

**Introducción:** Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación Arturo López Pérez (FALP) atiende cerca de 1.200 pacientes al año, cuyos síntomas y características son valiosos de analizar.

**Objetivo:** Caracterizar y describir el tipo de paciente y síntomas asociados al ingreso a dicha Unidad.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, muestra aleatoria de 100 pacientes. Evaluación del dolor según Escala Visual Numérica (EVN). Variables categóricas para determinación de nivel actividad y alteraciones del sueño. Escala ECOG Performance Status (PS) y Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) para resto síntomas. Métodos de estadística descriptiva en las variables.

**Resultados:** Muestra 65 mujeres y 35 hombres. Edad promedio 65 años. 73% pacientes con PS 1 ó 2. DOLOR Intensidad: Mujeres leve (35), moderado (22), severo (8). Hombres leve (14), moderado (17) severo (4). Limitación de actividad: nunca (9% en ambos sexos), a veces (31% hombres, 56% en mujeres). siempre (60% en hombres; 35% en mujeres). Alteraciones del sueño Hombres nunca (5), a veces (8), siempre (22). Mujeres nunca (19), a veces (24), siempre (21). Síntomas más prevalentes (ESAS): cansancio, malestar y alteraciones del apetito. Ansiedad y depresión con distribución uniforme. Sonolencia y náuseas poco prevalentes. Falta de aire menos prevalente.

**Conclusiones:** Caracterización inicial. Población con alto nivel funcionalidad. Hombres con mayor limitación de actividades por dolor. Cansancio, malestar y alteraciones de apetito son síntomas más prevalentes. Ansiedad y depresión como factores moduladores en respuesta de pacientes. Necesidad de seguimiento para evaluar intervenciones y evolutividad en la predominancia de la sintomatología.

**Palabras Clave:** Cáncer, Síntomas, Ingreso, Cuidados Paliativos.

#### Abstract

**Introduction:** FALP Palliative Care Unit serves about 1.200 patients a year, which symptoms and characteristics are valuable to analyze.

**Objective:** Characterize and describe the type of patient and symptoms presented at admission to the Unit.

**Materials and Methods:** A descriptive, retrospective, random sample of 100 patients. Assessment of pain by Visual Numeric Scale (EVN). Categorical variables to determine activity level and sleep disturbances. ECOG Performance Status Scale (PS) and Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) to evaluate other symptoms. Use of descriptive statistics on variables.

**Results:** 65 women and 35 men. Mean age 65 years. 73% patients with PS 1 or 2. Pain Intensity in women: mild (35), moderate (22), severe (8). And in men: mild (14), moderate (17) Severe (4). Limitation of activity: never (9% in both sexes), sometimes (31% male, 56% in women). always (60% males, 35% in women). Sleep disturbances in men: never (5), sometimes (8), always (22). Women: never (19), sometimes (24), always (21). Most prevalent symptoms (ESAS): fatigue, malaise, and appetite changes. Anxiety and depression had uniform distribution. Drowsiness and nausea less prevalent. Shortness of breath less prevalent.

**Conclusions:** Initial characterization. Population with high functionality. Men with greater limitation of activities due to pain. Fatigue, malaise, and appetite changes are most prevalent symptoms. Anxiety and depression as modulating factors in patients response. More Studies are needed.

**Keywords:** Cancer, Symptoms, Admission, Palliative Care.

1 Unidad Cuidados Paliativos Fundación Arturo López Pérez. Santiago, Chile.

2. Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Hospital Salvador Santiago, Chile.

3. Médico Internista.

4. Médico-Cirujano

5. Anestesiista

6. Enfermera Universitaria.

#### Introducción

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en Chile (1) y, dada la importancia que reviste el tema, fue creado en 1994 el "Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos". Éste fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas de Salud, en 2003, dando un impulso a la creación de Unidades de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a lo largo de todo el país (2).

La Fundación Arturo López Pérez (FALP) constituye uno de los principales centros de atención oncológica integral en nuestro país. Su Unidad de Cuidados Paliativos atiende cerca de 1.200 pacientes por año, abarcando un heterogéneo grupo con múltiples cánceres avanzados. En este contexto, nos parece interesante caracterizar al tipo de paciente y su sintomatología a su ingreso dicha Unidad.

## Objetivo

Caracterización de muestra aleatoria de pacientes ingresados a Unidad de Cuidados Paliativos FALP, describiendo perfil del paciente, tipo de cáncer, localización de metástasis, performance status, características y tipo de dolor al ingreso, alteraciones del sueño, cansancio, ansiedad, malestar, depresión, alteraciones en el apetito, sueño, náuseas y disnea.

## Materiales y Métodos

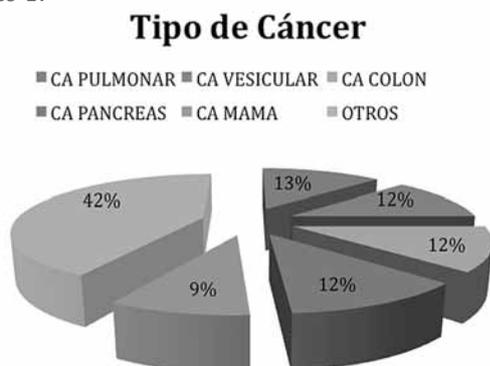
Estudio descriptivo, retrospectivo. Revisión de fichas de muestra aleatoria de 100 pacientes ingresados a Unidad de Cuidados Paliativos FALP entre julio 2011 y febrero 2012. (Dicha muestra constituye el 40% de los pacientes ingresados en ese período de tiempo). En la primera consulta se completan los datos epidemiológicos de los pacientes. Evaluación del dolor según Escala Visual Numérica (EVN), con rangos 0 (sin dolor) al 10 (máximo dolor). Se utilizan variables categóricas para determinar limitación de la actividad, y alteraciones del sueño (nunca, a veces, siempre). Funcionalidad medida mediante escala ECOG Performance Status con rangos 0 (completamente activo) al 5 (muerte). Resto de los síntomas evaluados de acuerdo a la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), con rangos 0 (ausencia síntoma) al 10 (máxima intensidad del síntoma). Datos tabulados en planilla Excel. Utilización métodos de estadística descriptiva en las variables. La muestra consistió en un total de 100 pacientes. 65 mujeres y 35 hombres. Con la siguiente distribución según sexo y edad.

Tabla 1.

Distribución según sexo y edad		Nº	%	Media de edad (años)	Rango de edad (años)
	Hombres	35	35	66	40-83
Mujeres	65	65	65	32-89	
Total	100	100	65,5	32-89	

Los cánceres con mayor prevalencia en ambos sexos fueron pulmonar (13), vesicular (12), colon (12), páncreas (12) y mama (9).

Gráfico 1.

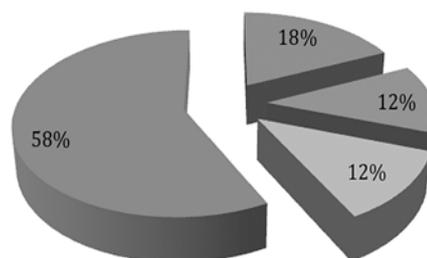


Analizando por sexo y edad, los tipos de cáncer más prevalentes en mujeres menores de 65 años fueron pulmón (6), colon (12), mama (12) (Gráfico 2).

Gráfico 2.

### Mujeres < de 65 años

■ CA PULMONAR ■ CA COLON ■ CA MAMA ■ OTROS

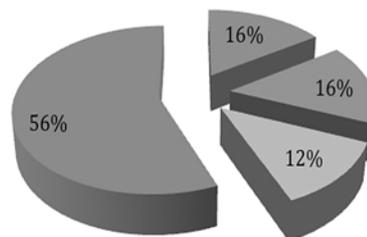


En mujeres mayores de 65 años los cánceres de mama (5), vesícula (5) y gástrico (4) fueron los más prevalentes (Gráfico 3).

Gráfico 3.

### Mujeres > de 65 años

■ CA MAMA ■ CA VESICULAR ■ CA GASTRICO ■ OTROS

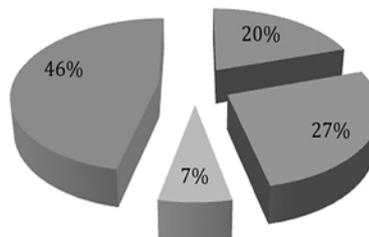


En hombres menores de 65 años, los cánceres de vesícula (4), páncreas (3) y renal (1) fueron los más prevalentes (Gráfico 4).

Gráfico 4.

### Hombres < de 65 años

■ CA PANCREAS ■ CA VESICULAR ■ CA RENAL ■ OTROS

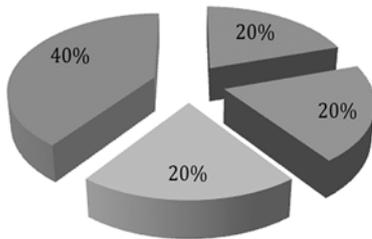


En hombres mayores de 65 años, los cánceres más prevalentes fueron colon (4), páncreas (4) y próstata (4) (Gráfico 5).

Gráfico 5.

### Hombres > de 65 años

■ CA COLON ■ CA PANCREAS ■ CA PROSTATA ■ OTROS

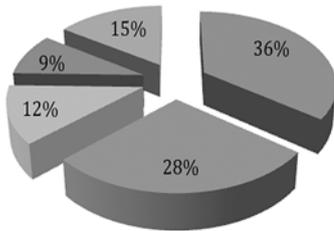


En cuanto a localizaciones secundarias, en mujeres las metástasis óseas (23), hepáticas (18), peritoneales (8) y pulmonares (6) fueron las más prevalentes (Gráfico 6).

Gráfico 6.

### Metástasis en Mujeres

■ OSEA ■ HEPATICA ■ PERITONEAL ■ PULMON ■ OTROS

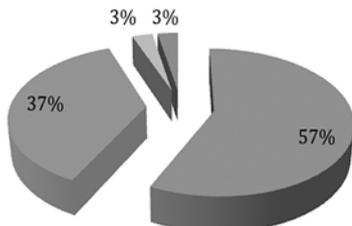


En hombres las metástasis hepáticas (20) y óseas (13) dan cuenta del 94% de localizaciones secundarias (Gráfico 7).

Gráfico 7.

### Metástasis en Hombres

■ HEPATICA ■ OSEA ■ RETROPERITONEAL ■ CEREBRAL

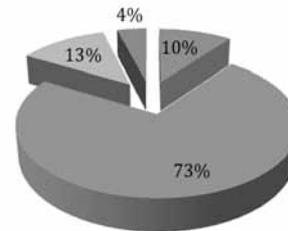


La funcionalidad de los pacientes menores de 65 años se distribuyó de la siguiente forma: PS 1= 5 pacientes; PS 2= 35 pacientes; PS 3 = 6 pacientes y PS 4 = 2 pacientes (Gráfico 8).

Gráfico 8.

### P.S. Pacientes < de 65 años

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

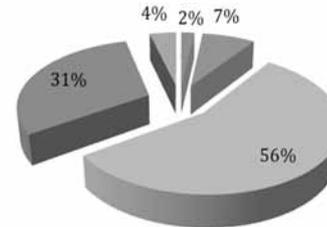


En mayores de 65 años, PS 1 = 4 pacientes; PS 2 = 29 pacientes; PS 3 = 16 pacientes y PS 4 = 2 pacientes (Gráfico 9).

Gráfico 9.

### P.S. Pacientes > de 65 años

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4

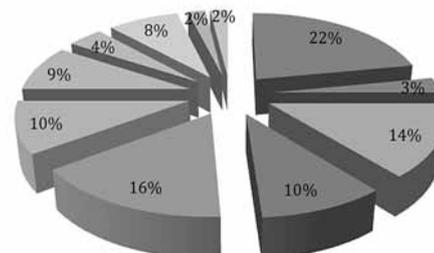


En cuanto a la evaluación del dolor, el EVN al ingreso fue graficado según cada punto de la escala de evaluación (Gráfico 10).

Gráfico 10.

### EVN POBLACIÓN TOTAL

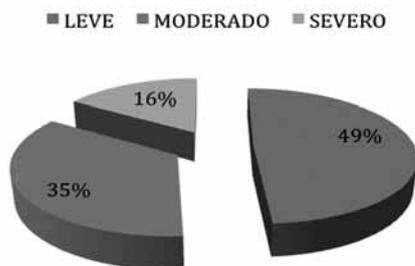
■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9 ■ 10



Sólo 49 pacientes presentaron dolor leve (EVN 0 al 3), 35 presentaron dolor moderado (EVN 4 al 6) y 16 presentaron dolor severo (EVN igual o mayor a 7) (Gráfico 11).

Gráfico 11.

### EVN según concepto



Evaluación del dolor por sexo: 35 mujeres presentaron dolor leve; 22 dolor moderado y 8 dolor severo (Gráfico 12). En hombres, 14 presentaron dolor leve; 17 moderado y 4 severo (Gráfico 13).

Gráfico 12.

### EVN en mujeres

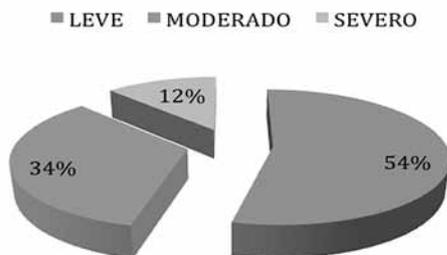
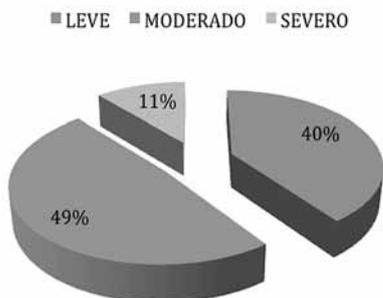


Gráfico 13.

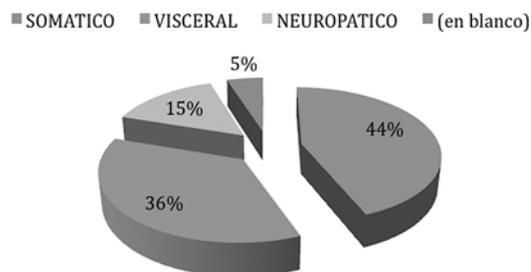
### EVN en hombres



En cuanto al tipo de dolor, el dolor somático fue más prevalente (44), seguido por el dolor visceral (36) y neuropático (15) (Gráfico 14).

Gráfico 14.

### Tipo de dolor



En mujeres, el dolor somático se presentó en 30 pacientes; el visceral en 21 pacientes y el neuropático en 11. (Gráfico 15). En hombres, el dolor visceral presentó mayor prevalencia (15), seguido por el dolor somático (14) y neuropático (4) (Gráfico 16).

Gráfico 15.

### Tipo dolor en mujeres

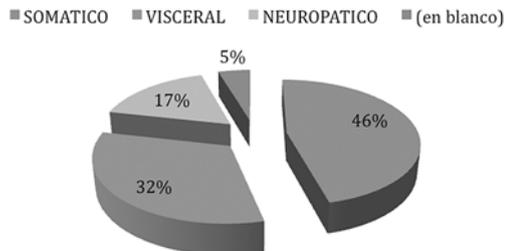
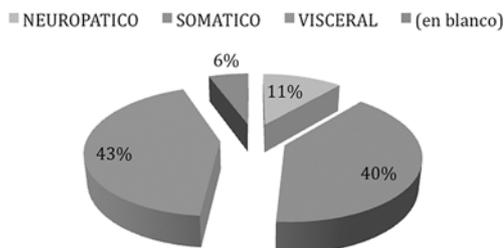


Gráfico 16.

### Tipo dolor en hombres



El dolor es localizado en 86 pacientes, vago en 14. Es de carácter continuo en 55 pacientes y vago en 45 (Gráficos 17 y 18).

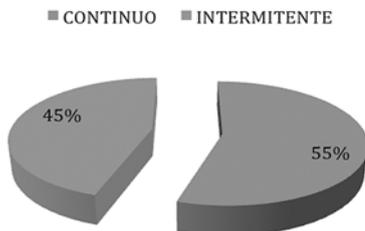
Gráfico 17.

**Características del dolor**



Gráfico 18.

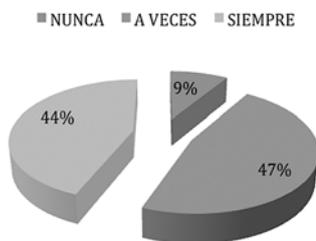
**Características del dolor**



Evaluación del dolor como limitante de la actividad: 44 pacientes refieren limitación siempre a causa del dolor, 47 pacientes refieren limitación a veces y 9 pacientes no presentan nunca limitación de la actividad por dolor (Gráfico 19).

Gráfico 19.

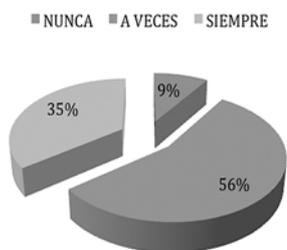
**Limitación de actividad**



Limitación de actividad por dolor en mujeres: 23 siempre; 36 a veces y 6 nunca (Gráfico 20).

Gráfico 20.

**Limitación actividad en mujeres**



En hombres; 21 siempre; 11 a veces y 3 nunca ven limitada su actividad por dolor (Gráfico 21).

Gráfico 21.

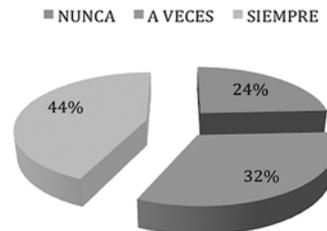
**Limitación actividad en hombres**



Un total de 44 pacientes presentaron alteraciones del sueño siempre, 32 pacientes a veces y 24 no tuvieron alteraciones. (Gráfico 22).

Gráfico 22.

**Alteración del sueño**



Analizando por sexo: 21 mujeres presentaron alteraciones siempre; 24 a veces y 19 nunca (Gráfico 23).

Gráfico 23.

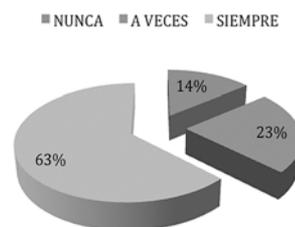
**Alteración del sueño en mujeres**



En Hombres; 22 siempre; 8 a veces y 5 nunca (Gráfico 24).

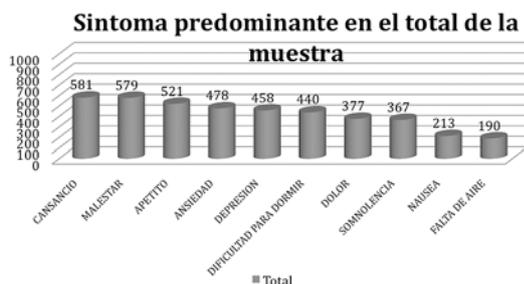
Gráfico 24.

**Alteración del sueño en hombres**



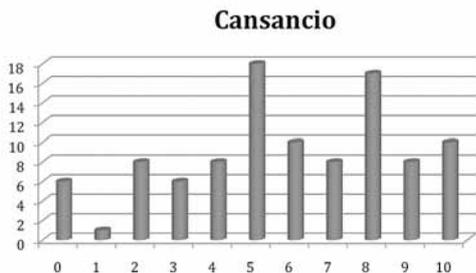
En relación a la Edmonton Symptom Assessment Scale, vemos que los síntomas más prevalentes al ingreso fueron: cansancio, malestar, disminución del apetito, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, dolor, somnolencia y falta de aire (Gráfico 25). Los síntomas se consideran leves (1 al 3), moderados (4 al 6) y severos (7 al 10).

Gráfico 25.



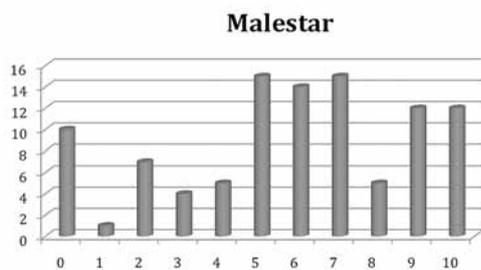
En el análisis aislado por síntomas destaca el cansancio como el más prevalente. 6 pacientes no refieren cansancio (0); 15 leve (1 al 3); 36 moderado (4 al 6) y 43 severo (7 al 10) (Gráfico 26).

Gráfico 26.



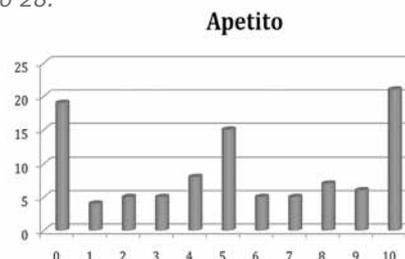
Los pacientes describen altos niveles de malestar al ingresar a la unidad. 10 pacientes no presentan malestar; 12 lo catalogan como leve; 34 como moderado y 44 como severo (Gráfico 27).

Gráfico 27.



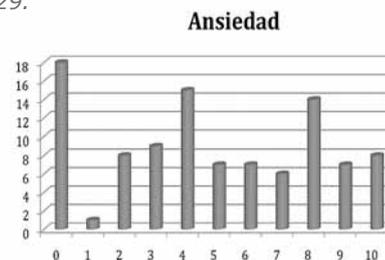
El tercer síntoma con mayor prevalencia fue la alteración del apetito. 19 pacientes mantenían su apetito conservado; 14 tuvieron disminución leve; 28 moderada y 31 severa (Gráfico 28).

Gráfico 28.



18 pacientes no presentan ansiedad; 18 la catalogan como leve; 29 moderada y 35 severa (Gráfico 29).

Gráfico 29.



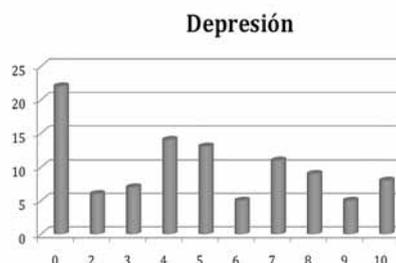
26 pacientes no presentaban dificultad para dormir; 17 con dificultad leve; 21 moderada y 36 severa (Gráfico 30).

Gráfico 30.



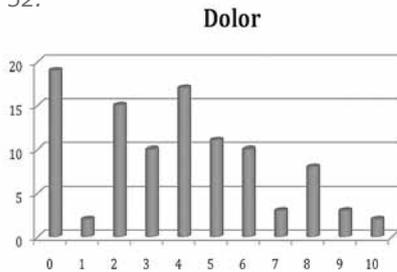
22 pacientes sin depresión; 13 con depresión leve; 32 con moderada y 33 severa (Gráfico 31).

Gráfico 31.



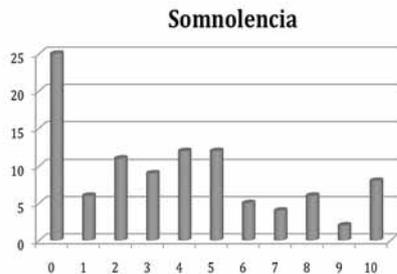
19 pacientes sin dolor; 27 dolor leve; 38 moderado y 16 severo (Gráfico 32).

Gráfico 32.



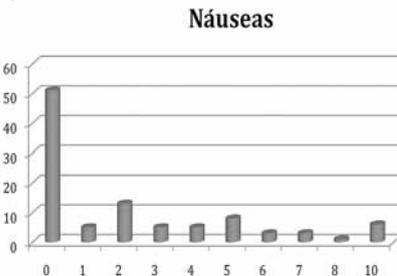
25 pacientes no presentaban somnolencia; 26 leve; 29 moderada y 20 severa (Gráfico 33).

Gráfico 33.



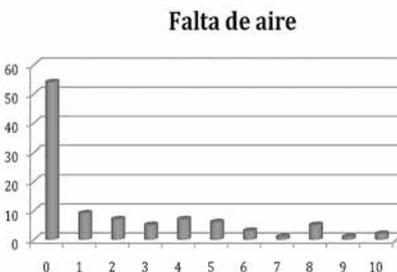
51 pacientes sin náuseas al ingreso; 23 leve; 16 moderada y 10 severa (Gráfico 34).

Gráfico 34.



El síntoma menos prevalente fue la falta de aire. 54 pacientes no la presentaron, 21 la presentaron en un nivel leve, 16 nivel moderado y 9 severo (Gráfico 35).

Gráfico 35.



## Discusión

La muestra analizada está constituida principalmente por mujeres, donde la edad en ambos sexos promedia los 65 años. Los tipos de cánceres vistos pueden diferir con las estadísticas nacionales (3), ya que estamos en un centro altamente especializado y de derivación (4-5).

Son pacientes con funcionalidad conservada, donde el 73% de ellos se encontraban en PS 1 ó 2 (6).

Prácticamente, la mitad (49%) de los pacientes presentaban dolor leve y sólo un 16% dolor considerado severo. Las mujeres tienden a presentar un mayor porcentaje de dolor leve (54%) versus los hombres (40%). El dolor severo se presenta en porcentajes similares en hombres y mujeres (11 y 12%, respectivamente).

Existe un mayor porcentaje de dolor somático en las mujeres (46%) versus los hombres (40%). El mayor porcentaje de dolor visceral en hombres (43%) versus mujeres (32%) puede tener relación con la mayor prevalencia de metástasis hepáticas.

Existe un alto porcentaje (44%) de los pacientes cuyo dolor limita en forma permanente su actividad. Al analizarlo por sexo, esto es más frecuente en hombres que mujeres (60% versus 35%, respectivamente). De la misma forma, 63% de los hombres presentan alteración del sueño siempre. Comparado con el 33% en mujeres. Los hombres tendrían, por tanto, mayor repercusión funcional de su enfermedad.

Según escala ESAS, el cansancio, malestar, falta de apetito, ansiedad y depresión ocupan un lugar importante, por sobre el dolor, somnolencia y náuseas (7). La aparición de estos últimos podría relacionarse con efectos de tratamientos posteriores (8).

El apetito presenta una evaluación dicotómica, ya que la mayor cantidad de pacientes lo tiene conservado o lo ha perdido en forma considerable (19 versus 21, respectivamente).

La ansiedad y la depresión presentan una evaluación donde las frecuencias tienden a distribuirse en forma uniforme en los distintos niveles (9). Su presencia podría modular la respuesta al dolor y la efectividad a los tratamientos (10).

Todos los síntomas explorados están ligados y repercuten en la funcionalidad del paciente. Dada la fragilidad de este grupo, es importante diseñar intervenciones que permitan controlarlos eficazmente (11).

Este estudio es sólo una aproximación inicial en la caracterización de esta población. Como primer análisis de los datos obtenidos de nuestro sistema de registros, nos enfrentó a la necesidad de hacer mejoras en ellos,

especialmente en lo referente a las características del dolor. Así también, es necesaria una capacitación y unificación de criterios entre los profesionales respecto de los datos a consignar en la ficha clínica aunque esta sea estructurada.

En cuanto a las limitantes y errores de este trabajo, cabe destacar que en la categorización del dolor según su intensidad (leve, moderado o severo) fueron incluidos en leve aquellos pacientes sin dolor, lo cual se contrapone con los resultados de la evaluación ESAS, donde 19 pacientes refirieron no tener dolor (12).

Más estudios deben ser realizados, en orden de evaluar la eficacia de los tratamientos+ e intervenciones y la evolutividad en la predominancia de la sintomatología de los pacientes.

#### **Agradecimientos:**

**AMP, personal Unidad Cuidados Paliativos FALP.**

Correspondencia:  
Dr. Stefano Biancardi G.  
sgbianca@gmail.com

## **Referencias Bibliográficas**

1. Instituto Nacional de Estadísticas, Estadísticas Vitales, Defunciones Chile 2009.
2. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
3. Instituto Nacional de Estadísticas, Serie de Defunciones por Tumores Malignos según Edad. Chile 2000-2009.
4. Carreras R Orlando, González P José Experiencia de la Unidad de Cuidados Paliativos H. Oncológico Conrado Benitez MEDISAN 2001;5(1):52-57 H. Oncológico Conrado Benitez.
5. Jiménez A, Feliú M, Madero R, Alonso A, Martínez-Marín V, Vilches Y, et Al. Symptom Clusters in Advanced Cancer. Journal of Pain And Symptom Management 03/2011;42(1):24-31.
6. Kirkova J, Rybicki L, Walsh D, Aktas A. Symptom Prevalence in Advanced Cancer: Age, Gender and Performance Status Interactions. AM J Hosp Palliat Care June 21 2011.
7. Mardonesi C, Scarpí E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et Al. Impact of Palliative Care Unit admisión on symptom control evaluated by the Edmonton Symptom Assessment Systematic. Journal of Pain and Symptom Management 2005 Oct; 30(4):367-73.
8. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patient referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med 2003; 17;310.
9. Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, De Haes H, Voest E, De Graeff A. Symptom Prevalence in Patient with incurable Cancer: A Systematic Review Journal of Pain and Symptom Management Vol. 34 No 1 July 2007
10. Molina LJ, Romero RY, Cotelo R. Características de los pacientes oncológicos terminales incluidos en un programa de Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa ISSN 1134-248x, vol 15, No 2, 2008, pág. 88-92.
11. Coyle N, Adelhardt J, Foley K, Portenoy R. Character of terminal illness in the advanced cancer patients: PAin and other Symptoms Turing the last four weeks of life. Journal of Pain and Symptom Management. vol 5, issue 2, April 1990. Pages 83-93.
12. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton symptom assessment scale. Cancer 2000;88:2164-2171